Quelle est la place de l'orthophonie dans

Émilie Ernst *

« J'*entends mais je ne comprends pas !* » Une enquête de l'INSEE menée entre 1998 et 2001 montre que sur les 14 % de déficients auditifs porteurs d'aides auditives, seulement 40 % s'en disent satisfaits. Le rôle de l'orthophoniste est de les aider à dépasser les difficultés pour que les appareils ne restent plus au fond du tiroir.

Quels sont les patients concernés ?

La rééducation auditive doit être proposée à toute personne qui dit « entendre » mais se plaint de mal « comprendre » et de communiquer difficilement, car l'audition ne garantit pas, à elle seule, la communication. Une perte neurosensorielle n'atténue pas simplement les sons. Elle provoque aussi des distorsions de l'intensité, de la discrimination fréquentielle et de la résolution temporelle ; 60 % de l'intelligibilité de la parole est fondée sur les 5 % de l'énergie située dans les fréquences aiguës, qui sont souvent touchées les premières par la déficience auditive. Pour récupérer une compréhension satisfaisante, un travail de remobilisation neurologique est nécessaire. En effet, la personne reçoit des informations linguistiques qu'elle ne parvient plus à décoder, en particulier en environnement bruyant.

* Service ORL implants cochléaires, hôpital Avicenne, 93009 Bobigny Cedex.
emilie.ernst@orange.fr

L'indication de prescription est évidente pour un patient dont la perte auditive tonale est importante ou chez qui a été récemment posé un implant cochléaire. Elle doit aussi l'être pour des patients :

– portant des prothèses classiques lorsque les audiométries tonale et vocale sont discordantes ;
– ayant trop attendu pour se faire appareiller ;
– devenus sourds brutalement ;
– ayant une altération de la compréhension dans le bruit.

PRESCRIRE L'ORTHOPHONIE

L'orthophoniste est un professionnel paramédical qui intervient auprès d'adultes devenus sourds, en milieu hospitalier comme en libéral. Il intervient sur prescription médicale (« bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire »), et la nomenclature prévoit soit 30 AMO 12 (renouvelables par 20) pour « apprentissage de la lecture labiale », soit 50 AMO 15 (renouvelables par 50) pour « maintien de la communication dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire ». Les séances sont remboursées à 60 % par la Sécurité sociale, à 100 % si le patient a une mutuelle.

En quoi consiste le suivi orthophonique ?

Les travaux récents sur l'implant cochléaire ont permis de mieux comprendre les phénomènes mis en jeu dans le réveil des aires auditives. En fait, le travail orthophonique chez les patients implantés ou appareillés a pour but de stimuler la « plasticité de réhabilitation » et d'éviter un réinvestissement des aires du cortex auditif primaire par d'autres fonctions sensorielles.[1] Le bilan orthophonique, dont le compte rendu obligatoire est adressé au prescripteur, évalue la nature des troubles, de la simple gêne au handicap. Il cherche les fonctions altérées côté réception et expression du langage, les compensations mises en place et les troubles cognitivo-linguistiques associés. En effet, mal entendre, c'est aussi perdre au fil du temps la capacité de concentration et d'attention que requiert tout échange, entraînant des troubles de la mémoire et de l'agilité mentale. Le risque de développer une maladie d' Alzheimer est 2,48 fois plus élevé chez le sujet atteint de surdité avec gêne sociale.[2] Quand le bilan débouche sur une rééducation, l'orthophoniste intervient sur trois axes.

Premier axe : le canal auditif comme vecteur de compréhension

Il s'agit du travail de « remobilisation » de la compréhension. Le but est de faire coïncider les références auditives du patient antérieures à la surdité avec les nouvelles informations perçues

par hydratation, obstrue complètement le conduit auditif et rend plus brutalement très sourd. Mais l'otoscopie, cette fois-ci normale, réfute ce mécanisme de surdité.

Dire qu'il s'agit d'une surdité brusque** n'est pas toujours aussi aisé. Dans presque tous les cas unilatérale mais d'installation plus progressive, cette surdité est une situation, certes, assez rare par rapport à l'occurrence de la presbyacousie, mais elle ne doit pas être négligée, car elle témoigne d'un processus d'une autre nature que le vieillissement physiologique. Le traitement corticoïde doit être mis en route rapidement, même si la garantie de succès n'est pas là.

L'interrogatoire est primordial

La surdité est-elle bien unilatérale ?

L'oreille incriminée n'est-elle pas simplement un peu plus en avance par rapport à l'autre côté (ce qui ferait penser à un processus bilatéral, dissymétrique) ?

Pour mieux analyser les réponses, il faut savoir que la surdité est symptomatique quand la perte auditive est supérieure à 25 dB. Ou pour une autre définition sans chiffre : quand l'intelligibilité de

** La surdité brusque reste une entité clinique décrite par son seul symptôme, comme l'était l'angine de poitrine avant l'insuffisance coronarienne.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

la rééducation auditive ?

AIDER LE PATIENT MALENTENDANT À VOUS COMPRENDRE

Quand vous recevez en consultation un patient déficient auditif, voici quelques repères qui l'aideront considérablement à comprendre ce que vous dites :
– favorisez une bonne condition d'écoute, évitez les bruits de fond (fenêtre ouverte sur la rue), parlez à voix posée mais ne criez pas, il existe souvent une intolérance au bruit, surtout en cas de presbyacousie ;
– favorisez la lecture labiale, ne vous mettez pas à contre-jour (dos à la fenêtre), ne parlez pas en gardant la tête baissée pendant que vous rédigez une ordonnance, ne parlez pas avec un masque devant la bouche ;
– écrivez les éléments médicaux essentiels ;
– signalez aux autres soignants la déficience auditive de votre patient.

car, contrairement au sourd prélingual, le sourd post-lingual possède une mémoire auditive. La rééducation est conçue comme une « reprogrammation » adaptée aux besoins de chaque patient :
– perception et identification des sons de l'environnement, des unités de la langue (de la syllabe à la phrase) ;
– accélération de la vitesse de décodage ;
– stimulation de la mémoire de travail auditive ;
– entraînement aux situations difficiles et redoutées, milieu bruyant, téléphone, radio, musique, etc.

Cette rééducation est suffisante dans plus de 80 % des cas.

Deuxième axe : la lecture labiale

L'intérêt de l'entraînement à la lecture labiale n'est plus à démontrer en complément de l'éducation auditive.[3]

Troisième axe : la voix et la parole

Il s'agit d'éviter que la voix et la parole ne s'altèrent du fait de la perte du contrôle par retour auditif.

Des résultats notables

Après un entraînement orthophonique individuel ou en groupe,[4] le patient devenu sourd améliore ses aptitudes de communication pour les raisons suivantes :
– il utilise de meilleures stratégies d'écoute et de communication, améliore sa compréhension, en particulier dans le bruit ; l'effet de l'entraînement auditif et en lecture labiale est durable et généralisable et est visible par imagerie cérébrale ;[5]
– il porte davantage ses appareils, condition cruciale pour la réussite de l'appareillage. Le taux de retour des aides auditives n'est que de 3 % pour les patients ayant une rééducation contre 9 % pour ceux qui n'en ont pas.

Dans tous les cas, une élévation des indices de qualité de vie et une baisse de prescription des antidépresseurs sont classiquement observées. Les répercussions sur la vie sociale et professionnelle se traduisent par la baisse de l'isolement et des arrêts de travail.

Conclusion

Pour comprendre les bénéfices de l'éducation auditive, il est donc essentiel de considérer la situation de communication dans son ensemble. Le médecin généraliste a, ce faisant, un rôle clé dans le dispositif d'aide à la récupération de la communication chez son patient. Il l'encourage dans sa démarche vers l'oto-rhino-laryngologiste. Associée à la prescription d'une aide auditive, la prescription d'un bilan orthophonique complet permet d'offrir un suivi cohérent et de qualité.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

1. Cordes M, Wszolek ZK. Deafness and Cerebral Plasticity. J Nucl Med 2003;44:1440-2.
2. Pouchain D, Dupuy C, San Jullian M, et al. La presbyacousie est-elle un facteur de risque de démence ? Étude AcouDem. Rev Geriatr 2007;32:439-45.
3. Rouger J, Lagleyre B, Fraysse B, Deneve S, Deguine O, Barone P. Evidence that cochlear implanted deaf patients are better multisensory integrators. Proc Natl Acad Sci USA 2007;104:7295-300.
4. Sweetow R, Palmer CV. Efficacy of individual auditory training in adults: a systematic review of the evidence. J Am Acad Audiol 2005;16:494-504.
5. Tremblay K, Piskosz M, Souza P. Auditory training induces asymetrical changes in cortical neural activity. J Speech Hear Res 2003;45:564-72.

la parole n'est plus ni automatique (*v.* page 623) ni irrépressible « quand on ne peut pas s'empêcher de comprendre... ».

Schématiquement, l'audition n'est plus symétrique dès qu'existe une différence de plus de 20 dB entre chaque oreille.

Depuis quand ? Est-elle évolutive ? La surdité a-t-elle été brutale ?

Ces questions vont influencer la conduite à tenir : si la surdité brusque reflète bien une grande part de méconnaissance médicale, la plupart des auteurs s'accordent pour proposer un traitement corticoïde urgent, même si son résultat n'est pas garanti, mais il est essentiel de mettre tout en œuvre pour éviter la critique du retard thérapeutique, de la perte de chances.

Le caractère brutal fait évoquer un mécanisme vasculaire ou liquidien de l'oreille interne. Et le déclenchement de ce mécanisme peut être en rapport avec un neurinome de l'acoustique. Un bilan d'imagerie est nécessaire pour chaque surdité brusque.

Y a-t-il des signes vestibulaires, des troubles de l'équilibre, des vertiges, une instabilité récente ou plus ancienne, chronique ou survenant par crises ?

Le labyrinthe, dénomination anatomique due à sa complexité, de l'oreille interne, héberge à la fois la cochlée, organe de l'audition, et le labyrinthe postérieur, organe de l'équilibre. Dans l'angle pontocérebelleux, en aval de l'oreille interne, chemine le nerf

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN